

PROGRAMA RYAN WHITE DE ARIZONA Y ADAP – RENOVACIÓN SEMESTRAL DE CUMPLEAÑOS

Si ha habido cambios en su ingreso, domicilio ó información del seguro médico
tiene que traer los documentos que comprueban los cambios ocurridos.

INFORMACION DEL CLIENTE		
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento ____/____/____

DIRECCION Y TELEFONO				
Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal	¿Recibe correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección para correspondencia (si es diferente)	Ciudad	Estado	Codigo Postal	¿Recibe correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Teléfono casa	¿Podemos dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro teléfono	¿Podemos dejar recado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

TAMAÑO DE LA FAMILIA E INGRESOS		
Tamaño de la familia	Ingreso mensual	Ingreso anual

EMPLEO ACTUAL
Marque todos los ingresos que recibe actualmente: <input type="checkbox"/> Tiempo completo ___ horas/semana <input type="checkbox"/> Seguro Social - SSDI <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo parcial ___ horas/semana <input type="checkbox"/> Seguro Social - SSI <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo o tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajo parcial <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ <input type="checkbox"/> Trabajo autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado/pensionado

COBERTURA DE SEGURO MÉDICO Y PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS
Marque todas las coberturas/seguro medico que tiene actualmente: <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> Privado–Empleo: _____ <input type="checkbox"/> Veteranos <input type="checkbox"/> ALTCS <input type="checkbox"/> Privado–Individual: _____ <input type="checkbox"/> Indian Health Service <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> FFM Plan: _____ <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Advantage Plan <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Full LIS
Proveedor de servicios médicos: _____ _____

La información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a lo mayor de mi saber y entender. Cualesquiera puntos no reportados pueden reulstan en pérdida de elegibilidad. Reportaré cualquier cambio de ingresos en mi hogar, mi dirección, y otras cosas que pudieran afectar mis servicios. Si no lo hago, es possible que no sea elegible o tal vez tenga que re-embolsar al Program Ryan White.

Fecha: _____ Firma de solicitante: _____

FOR OFFICE USE ONLY:
Application for: <input type="checkbox"/> Ryan White Part A <input type="checkbox"/> Ryan White Part B <input type="checkbox"/> Ryan White Part C <input type="checkbox"/> ADAP <input type="checkbox"/> Dental Application Type: <input type="checkbox"/> Half-Birthday Renewal <input type="checkbox"/> Half-Birthday Re-Enroll <input type="checkbox"/> Application logged in Reviewer: _____

FOR INCOMPLETE APPLICATIONS
Missing Documents: \$\$ Res Labs Other: _____ Reminder Contact Date: _____ Type: E-Mail VM TC FF Letter to be sent: _____ Sent: _____ To Be Closed on: _____ Missing Documents received on Date ____/____/____

Date Received	Date Complete	Date Sent to ADAP	Date Entered in CW	Date Attached in CW
---------------	---------------	-------------------	--------------------	---------------------